

**UPAYA PENGGUNAAN TEKNIK NAFAS DALAM UNTUK
PENURUNAN NYERI PADA PASIEN *POST OPEN
REDUCTION INTERNAL FIXATION (ORIF)*
*SUBTROCHANTER FEMUR SINISTRA***



**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III
pada Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan**

Oleh:

AMANATUL MU'ATIFA

J 200 140 092

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN DIII
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

2017

HALAMAN PERSETUJUAN

**UPAYA PENGGUNAAN TEKNIK NAFAS DALAM UNTUK
PENURUNAN NYERI PADA PASIEN *POST OPEN REDUCTION*
*INTERNAL FIXATION (ORIF) SUBTROCHANTER FEMUR SINISTRA***

PUBLIKASI ILMIAH

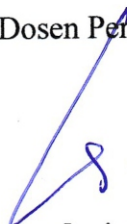
oleh:

AMANATUL MU'ATIFA

J 200 140 092

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:

Dosen Pembimbing



Dewi Suryandari, S.Kep.,Ns.,M.Kep

HALAMAN PENGESAHAN

UPAYA PENGGUNAAN TEKNIK NAFAS DALAM UNTUK PENURUNAN NYERI PADA PASIEN *POST OPEN REDUCTION* *INTERNAL FIXATION (ORIF) SUBTROCHANTER FEMUR SINISTRA*

OLEH:

AMANATUL MU'ATIFA

J 200 140 092

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Pada hari Senin, 17 April 2017
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Dewan Penguji:

1. Dewi Suryandari, S.Kep., Ns., M.Kep
(Ketua Dewan Penguji)
2. Fahrur Nur Rosyid, S.Kep., Ns., M.Kes
(Anggota Dewan Penguji)

(.....)

(.....)

Dekan,



Dr. Suwaji, M.Kes

NIP. 195311231983031002

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam naskah publikasi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar diploma di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 8 April 2017

Penulis



AMANATUL MU'ATIFA

J 200 140 092

**UPAYA PENGGUNAAN TEKNIK NAFAS DALAM UNTUK
PENURUNAN NYERI PADA PASIEN *POST OPEN REDUCTION
INTERNAL FIXATION (ORIF) SUBTROCHANTER FEMUR SINISTRA***

Abstrak

Latar belakang: Angka kejadian fraktur terbesar di Asia Tenggara terdapat di negara Indonesia yaitu sebesar 1,3 juta setiap tahunnya dengan jumlah penduduk 238 juta jiwa. Angka kejadian fraktur di Indonesia yang menunjukkan bahwa sekitar delapan juta orang mengalami kejadian fraktur dengan fraktur yang berbeda. Nyeri merupakan respon yang terjadi pasca pembedahan. Nyeri fraktur merupakan sensasi yang tidak menyenangkan, bersifat subjektif, dan merupakan bagian dari akibat terputusnya kontinuitas tulang. Perawat mempunyai peran penting dalam mengurangi nyeri antara lain mengurangi ansietas, mengkaji nyeri secara regular, memberi analgesik sesuai *advise* dan mengevaluasi keefektifannya.

Tujuan: Tujuan umum penulisan ini adalah untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa *post Open Reduction Internal Fixation (ORIF)* serta melaporkan pemberian terapi nonfarmakologi terhadap penurunan skala nyeri pada Ny. S dengan *post ORIF subtrochanter femur sinistra*. **Metode:** Metode yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus, yaitu dengan melakukan asuhan keperawatan pada pasien selulitis mulai dari pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Penulis menggunakan beberapa cara dalam memperoleh data diantaranya rekam medik, wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi dari jurnal maupun buku yang terkait. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pada pasien dengan *post ORIF subtrochanter femur sinistra* masalah nyeri akut, hambatan mobilitas, defisit perawatan diri, dan resiko infeksi belum teratasi dan intervensi harus dilanjutkan. Keempat masalah keperawatan belum teratasi, sehingga membutuhkan perawatan lebih lanjut dan kerjasama dengan tim medis lain, pasien, serta keluarga yang sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan. **Kesimpulan:** Adanya pengaruh terapi nonfarmakologi terhadap penurunan skala nyeri sebelum dan sesudah diberikan intervensi. **Saran:** Nafas dalam direkomendasikan untuk pasien *post ORIF* sebagai tindakan mandiri keperawatan.

Kata Kunci: *subtrochanter femur, ORIF, nyeri, tindakan nonfarmakologi*

Abstract

Background: The biggest number of fracture in South East Asia is in Indonesia with 1,3 million every year of the total 238 million citizens. The number of fracture in Indonesia showed that about eight million people experienced it with the different fracture. Pain is a respond which happens after doing surgery. Fracture pain is a not good sensation, subjective, and is a part of effect for the break of the bone continuity. Nurse has important role in reducing pain such as reducing anxiety, reviewing pain regularly, giving analgesic based on advice and evaluating its effectiveness. **Purpose:** The general aim of this writing is to do caring-nursing for patient with the *post Open Reduction Internal Fixation (ORIF)*

*diagnosis also report the giving nonfarmakologi therapy at the scale reduction of Ms. S with post ORIF subtrochanter femur sinistra. **Method:** The method is descriptive with case study approach; it was by doing caring-nursing for cellulites patient started from review, intervention, implementation and evaluation of nursing. **Results:** After doing caring-nursing for 3x24 hours for patient with post ORIF subtrochanter femursinistra about acute pain problem, mobility hindrance, self-caring deficit, and infection risk was not yet overcome and intervention must go on. Those four problems were not yet overcome, so still need continue nursing and cooperation with the other medical team, patient, also family which is really needed for the successful nursing-caring. **Conclusion:** The effect of nonfarmakologi therapy toward the reduction of pain scale before and after giving intervention. **Suggestion:** Recommended for post ORIF patient as the self-caring action.*

Key words: subtrochanter femur, ORIF, pain, nonfarmakologi action

1. PENDAHULUAN

Patah tulang atau biasa disebut fraktur dalam bahasa medis terjadi peningkatan angka kejadian di beberapa negara, khususnya *fraktur femur proksimal*. *Fraktur femur proksimal* sebenarnya masih terpusat di Benua Amerika dan Eropa, namun di Benua Asia juga terjadi hal tersebut seperti di Zanzan, Iran dilaporkan insiden fraktur femur proksimal mencapai 206,5 dan 214,8 per 100,000 penduduk pada pria dan wanita secara berturut-turut dan di Malaysia insiden fraktur femur proksimal mengalami peningkatan dari 48 kasus per 100,000 penduduk di tahun 1981 meningkat mencapai 90 kasus per 100,000 penduduk di tahun 1996. Republik Cina yang merupakan negara dengan insiden terendah jika dibandingkan dengan negara yang lebih makmur lainnya, juga mengalami peningkatan dari tahun 1988- 1992 sebesar 34% pada wanita dan 36 % pada pria. Angka kejadian fraktur terbesar di Asia Tenggara terdapat di negara Indonesia yaitu sebesar 1,3 juta setiap tahunnya dengan jumlah penduduk 238 juta jiwa (Wrongdiagnosis, 2011). Angka kejadian fraktur di Indonesia yang dilaporkan Depkes RI (2007) menunjukkan bahwa sekitar delapan juta orang mengalami kejadian fraktur dengan fraktur yang berbeda. Insiden fraktur di Indonesia sekitar 5,5% dengan rentang setiap profesi antara 2,2% sampai 9% (Depkes, 2007). Fraktur pada ekstremitas bawah memiliki frekuensi sekitar 46,2% dari insiden

laka lantas. Dari hasil Tim survey oleh Depkes RI (2007) didapatkan 25% penderita pada fraktur mengalami kematian. 45% mengalami cacat fisik. 15% mengalami stress psikologis dan bahkan depresi, serta 10% mengalami kesembuhan dengan baik.

Salah satu kejadian fraktur ekstremitas bawah adalah fraktur tulang *subtrochanter femur*. Fraktur tulang *subtrochanter femur* ini adalah hilangnya kontinuitas tulang *subtrochanter* pada *femur*. Tulang *subtrochanter femur* merupakan fraktur dengan garis patahnya berada 5 centimeter (cm) *distal dari trochanter minor* (Bharata, 2013). Penanganan medis yang diberikan untuk menangani fraktur subtrochanter femur ini dapat dilakukan metode konservatif atau non operatif dan metode operatif. Metode konservatif atau non operatif adalah penanganan fraktur berupa reduksi atau reposisi tertutup. Metode operatif adalah penanganan fraktur dengan reduksi terbuka yaitu membuka daerah yang mengalami fraktur dan memasang fiksasi internal maupun eksternal. Cedera muskuloskeletal adalah alasan paling umum untuk prosedur operasi pada pasien terluka parah dan merupakan penentu utama dari hasil fungsional (Balogh, 2012). Penelitian lain menunjukkan sebanyak 51 kasus patah tulang *subtrochanter femur* ditangani dengan operasi (Patel, *et al*, 2017). Pada kasus fraktur subtrochanter femur dalam karya tulis ilmiah ini dilakukan penanganan secara operatif yaitu dengan pemasangan *Open Reduction Internal Fixation (ORIF)* berupa plate and screw.

Pada penderita fraktur, nyeri merupakan masalah yang paling sering dijumpai (Muttaqin, 2008). Nyeri fraktur merupakan sensasi yang tidak menyenangkan, bersifat subjektif, dan merupakan bagian dari akibat terputusnya kontinuitas tulang (Grace & Neil, 2008). Menurut Esteve, *et al* (2017) menyatakan bahwa nyeri mengganggu aktivitas pasien serta mengubah cara pasien dalam beraktivitas. Menurut Creech, *et al*. (2011) seseorang yang mempunyai pengalaman nyeri cenderung akan memiliki ambang rasa nyeri yang lebih rendah dibandingkan dengan orang yang belum pernah merasakan nyeri sama sekali. Dengan begitu dapat disimpulkan bahwa

nyeri adalah sesuatu hal yang bersifat sangat subjektif. Pengkajian nyeri juga merupakan salah satu pengkajian yang paling sulit dilakukan karena perawat harus menggali pengalaman nyeri dari sudut pandang klien (Muttaqin, 2008).

Manajemen nyeri merupakan salah satu cara yang digunakan dibidang kesehatan untuk mengatasi nyeri yang dialami oleh pasien. Untuk skala nyeri ringan dapat dilakukan dengan manajemen nyeri independen (tindakan mandiri perawat), sedangkan untuk skala nyeri sedang diperlukan penanganan independen perawat dan juga kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik. Nafas dalam merupakan salah satu tindakan mandiri perawat dalam mengatasi nyeri pasien. Menurut Brunner & Suddart (2001) beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri pasca operasi. Teknik nafas dalam juga mampu menciptakan sensasi melepaskan ketidaknyamanan dan stres. Klien dapat merelaksasi otot tanpa harus terlebih dahulu menegangkan otot-otot tersebut. Saat mencapai relaksasi penuh, maka persepsi nyeri berkurang dan rasa cemas terhadap pengalaman nyeri menjadi minimal (Hapsari & Tri, 2013). Berdasarkan rincian diatas penulis tertarik untuk mengangkat judul karya tulis ilmiah “upaya penggunaan teknik napas dalam untuk penurunan nyeri pada pasien *post open reduction internal fixation (ORIF) subtrochanter femur sinistra*”.

Tujuan umum penulisan ini adalah untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa *post ORIF subtrochanter femur sinistra* serta melaporkan pemberian terapi nonfarmakologi teknik nafas dalam terhadap penurunan skala nyeri. Tujuan khususnya yaitu melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa dan intervensi keperawatan, serta melakukan implementasi dan evaluasi kepada Ny. S dengan *post ORIF subtrochanter femur sinistra*.

2. METODE

Penulisan karya tulis ilmiah ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu metode ilmiah yang bersifat

mengumpulkan data, menganalisis data dan menarik kesimpulan data (Nursalam & Efendi, 2008). Karya tulis ilmiah ini disusun dengan mengambil kasus di Rumah Sakit Ortopedi Prof. DR. R. Soeharso Surakarta di ICU pada tanggal 9 Februari – 11 Februari 2017. Penulis menggunakan beberapa cara dalam memperoleh data diantaranya sebagai berikut: rekam medik, wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi dari jurnal maupun buku. Di dukung dengan hasil jurnal-jurnal yang mempunyai tema yang berkaitan dengan pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan penulis.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil

3.1.1 Pengkajian dan Pemeriksaan Penunjang

Pengkajian dilakukan pada tanggal 9 Februari 2017 pada pukul 13.30. Pasien bernama Ny. S, berumur 61 tahun, jenis kelamin perempuan, beragama Islam, pendidikan SD, pekerjaan petani, alamat Pasuruan Kayen Pati, No RM 3008xx, masuk RS tanggal 6 Februari 2017 pukul 17.00 WIB, pengkajian tanggal 9 Februari 2017 pukul 13.30 WIB, diagnosa medis *post ORIF subtrochanter femur sinistra*,). Penanggungjawab bernama Tn. M, berumur 46 tahun, hubungan dengan pasien adalah anak. Keluhan utama Ny. S mengatakan nyeri dengan *provoking* (P): ketika digerakkan, *quality* (Q): berdenyut, *regional* (R): pangkal paha kiri, *scale* (S): skala 5, dan *time* (T): hilang timbul. Riwayat kesehatan sekarang, klien mengatakan tanggal 4 Februari 2017 sekitar pukul 10.00 Ny. S terpeleset dari tangga dengan ketinggian kurang lebih 20 cm dengan posisi kaki kiri terpelintir. Ditemukan tetangga dalam keadaan pingsan. Ny. S tidak langsung dibawa ke pelayanan kesehatan karena Ny. S dan keluarga merasa tidak terjadi apa-apa

karena di bagian tubuh tidak ada luka ataupun lebam. Ny. S hanya mengeluh nyeri di bagian pangkal paha kiri, lalu keluarga Ny. S meminta obat anti nyeri ke dokter keluarga. Karena Ny. S merasa nyerinya tidak berkurang maka keluarga memutuskan untuk di bawa ke RS Pati minggu tanggal 5 Februari 2017. Di RS Pati pasien mendapat terapi rongten dan dinyatakan hasilnya tulang paha kiri Ny. S patah. Lalu pihak RS memutuskan untuk melakukan tindakan operasi, namun Ny. S menolak untuk dilakukan operasi di RS Pati dan memilih di RS Ortopedi Surakarta. Tanggal 6 Februari 2017 Ny. S dibawa ke RS Ortopedi Surakarta dan di IGD mendapat terapi rongten dengan hasil yang sama yaitu patah tulang paha bagian kiri. Kadar gula darah Ny. S tinggi yaitu 419 mg/dl maka dari itu tidak langsung dioperasi. Klien menginap dulu di bangsal Ceplok kelas dua sembari menunggu kadar gula darahnya turun. GDS tanggal 8 Februari 2017 hasilnya 185 mg/dl. Pasien dioperasi tanggal 9 Februari 2017 pukul 08.45 WIB selesai pukul 11.20 WIB kemudian klien dibawa ke ruang *Intensive Care Unit* (ICU) pukul 13.15 untuk dilakukan observasi dan monitoring, mendapat tranfusi darah 1 kolf *packed red cells* (PRC) dengan hasil HB terakhir 9,6 g/dl. Riwayat penyakit yang di derita, Ny. S pernah dirawat di RS karena stroke pada tahun 2011, sakit hipertensi sejak 2008 dan diabetes melitus (DM) sejak 2011. Ny S dan keluarga tidak tahu apakah keluarga mempunyai riwayat penyakit DM atau hipertensi. Pasien mengkonsumsi obat stroke dan DM sejak 2011, obat herbal yaitu bawang afrika, jahe merah, dan jamur jepang. Pasien mengatakan tidak ada alergi obat, makanan, minuman, ataupun lingkungan. Pemeriksaan fisik didapatkan hasil, tingkat kesadaran *composmentis*, GCS 15, tekanan darah (TD): 160/103 mmHg, nadi (N): 103 x/menit, *respiratory rate* (RR): 20 x/menit, suhu (S): 35°C. Pemeriksaan fisik *head to toe* kepala dan muka, tidak terdapat luka atau memar di kepala dan wajah, tidak terdapat

deformitas pada hidung dan telinga, besarnya pupil kanan dan kiri sama, tidak terdapat nyeri tekan ataupun krepitus, rambut kotor terdapat ketombe. Pelvis dan perineum, terpasang selang Dower Cateter (DC) sejak tanggal 6 februari 2017. Pemeriksaan ekstremitas atas, terpasang infus pada tangan kiri, cairan Ringer Laktat (RL) 20 tetes per menit (tpm) sejak tanggal 6 Februari 2017 dan kekuatan otot tangan kanan dan kiri masing-masing 5. Ekstremitas bawah bagian kanan dapat bergerak bebas, tidak ada edema, kekuatan otot 5, *capillary refill time* (CRT) 2 detik. Ekstremitas bawah bagian kiri terpasang *elastic bandage*, terpasang selang drainase, CRT 3 detik, terpasang bantalan segitiga. Pengkajian pola Gordon pada pola toleransi terhadap stress-koping didapatkan data selama sakit, pasien meringis menahan nyeri dan teriak-teriak hingga menangis ketika nyeri di luka operasinya bertambah. Pola aktivitas dan latihan, pasien mengatakan hanya mampu tiduran di bed pasien, semua aktivitas seperti makan minum dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien terlihat menggaruk-garuk kepala dan badannya, klien juga mengatakan tidak keramas selama satu minggu, kulit klien juga tampak kusam dan tercium bau tidak sedap pada badannya, selain itu baju klien tampak kotor dan kusut. Pada pemeriksaan laboratorium pada tanggal 9 Februari 2017, hemoglobin (Hb) 9,6 g/dl (12-16) dan leukosit 11.900/uL (4.000-10.000). Hasil laboratorium pada tanggal 11 Februari 2017 Hb 9,2 g/dl (12-16) dan leukosit 13.100/uL (4.000-10.000). Hasil pemeriksaan rontgen pada tanggal 6 Februari 2017 pasien mengalami *fraktur subtrochanter femur sinistra*. Terapi tanggal 9 Februari 2017 klien mendapat terapi Injeksi Omeprazole 40 mg/24 jam, Cefazolin 1 g/8 jam, Ketorolac 30 mg/8 jam, Lavemir 8 unit/ 24 jam, Novorapid 12-12-10 iu, Paracetamol 1 g/8 jam, Fentanyl 3 cc/jam (*syring pump*). Tanggal 10 Februari 2017 mendapat terapi injeksi Cefazolin 1 g/8 jam, Ketorolac 30

mg/8 jam, Lavemir 8 unit/24 jam, Novorapid 12-12-10 iu. Tanggal 11 Februari 2017 mendapat terapi injeksi Omeprazole 40 mg/24 jam, Cefazolin 1 g/8 jam, Ketorolac 30 mg/8 jam, Lavemir 8 unit/24 jam, Novorapid 12-12-10 iu, Paracetamol 1 g/8 jam. Tanggal 9-11 Februari 2017 mendapat obat oral Alprazolam 5 mg malam, Simvastatin 2x1 tablet, Metformin 3x10 mg, Concor 2x1 tablet.

3.1.2 Analisa Data dan Intervensi

Pengkajian pada tanggal 9 februari 2017 didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri setelah dioperasi P: ketika digerakkan, Q: berdenyut, R: pangkal paha kiri, S: skala 5, T: hilang- timbul. Data objektif, pasien terlihat meringis menahan sakit, pasien teriak- teriak ketika merasa nyeri, dan pasien tampak meneteskan air mata, TD: 160/103 mmHg, N: 103 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 35°C. Berdasarkan data-data tersebut penulis merumuskan diagnosa keperawatan pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik (prosedur bedah). Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Wiley & Inc, 2016). Intervensi keperawatan, tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat kenyamanan klien meningkat dengan kriteria hasil, klien melaporkan mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), klien melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, klien mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri), klien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. Intervensi keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang ditentukan dengan maksud agar kebutuhan klien terpenuhi secara optimal

(Nursalam & Efendi, 2008). Rencana keperawatan yang dilakukan menurut Nurarif & Kusuma (2013) yaitu lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi, dan inter personal), ajarkan teknik non farmakologi, berikan analgetik untuk mengurangi nyeri, tingkatkan istirahat, evaluasi keefektifan kontrol nyeri, kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.

Data subjektif, pasien mengeluh tidak bisa mengubah posisinya sendiri di tempat tidur. Data objektif, klien tampak terpasang *elastic bandage* di paha sebelah kiri, tampak terpasang bantalan segitiga di antara kedua kaki nya, dan terlihat kesulitan untuk mengubah posisi. Diagnosa keperawatan kedua adalah hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Menurut Patel, *et al* (2016) fraktur *subtrochanter* telah menjadi tantangan utama ahli bedah ortopedi yaitu dalam hal pemulihan cepat dari mobilitas fungsionalnya. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan mobilitas di tempat tidur dapat diatasi dengan kriteria hasil, kemampuan klien dalam aktivitas fisik meningkat, mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas, memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah, klien mampu melakukan aktivitas fisik secara mandiri. Intervensi yang dapat dilakukan berdasarkan NOC dalam buku Nurarif & Kusuma (2013) yaitu kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, kaji tonus otot, kaji derajat imobilitas yang dihasilkan oleh cedera, berikan alat bantu jika klien memerlukan, dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu pemenuhan kebutuhan *Activity Daily Living* (ADLs) pasien, latih pasien dalam memenuhi kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai

kemampuan, ajarkan pasien bagaimana mengubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan, konsultasi dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai kebutuhan.

Data subjektif, pasien mengatakan gatal-gatal di bagian kepala dan badannya. Data objektif, klien terlihat menggaruk-garuk kepala dan badannya, rambut kotor terdapat ketombe, kulit tampak kusam dan tercium bau tidak sedap dari badannya, klien tidak keramas selama seminggu, baju klien tampak kusut dan kotor. Diagnosa keperawatan ketiga adalah defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik tidak terganggu dan perawatan diri terpenuhi dengan kriteria hasil perawatan diri: klien mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu, perawatan diri mandi: mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu, membersihkan diri dan mengeringkan tubuh, mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh. Intervensi yang dapat dilakukan diantaranya pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri, tentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan, sediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi dan personal, siapkan fasilitas mandi pasien, berikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengansumsikan perawatan diri (Wiley & Inc, 2016).

Data subjektif: -. Data objektif, Klien terpasang infus pada tangan sebelah kiri dan selang *Dower Cateter* (DC) sejak tanggal 6 Februari 2017. Jumlah leukosit pada tanggal 9 Februari dan 11 Februari 2017 secara berturut-turut yaitu 11.900/uL dan 13.100/uL. Diagnosa keperawatan keempat adalah resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (proses pembedahan).

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan resiko infeksi dapat dikontrol dengan kriteria hasil klien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya penyakit, jumlah leukosit dalam batas normal, menunjukkan perilaku hidup sehat. Intervensi yang dapat dilakukan yaitu bersihkan lingkungan setelah diapakai pasien lain, instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien, gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan, cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, berikan perawatan kulit pada area epidema yang luka, kolaborasi pemberian terapi antibiotik (Nurarif & Kusuma, 2013).

3.1.3 Implementasi dan Evaluasi

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah di tetapkan (Asmadi, 2008). Dalam melakukan tindakan keperawatan selama 3 hari penulis tidak mengalami hambatan, penulis melakukan implementasi berdasarkan intervensi yang telah di buat. Penulis akan memaparkan hasil implementasi tanggal 9 Februari- 11 Februari 2017.

Implementasi tanggal 9 Februari 2017 Pukul 13.00 membersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain. Pukul 13.15 menjelaskan dan mengajarkan kepada keluarga pasien untuk cuci tangan terlebih dahulu sebelum dan sesudah menjenguk pasien. Ds: keluarga pasien mengatakan mengerti. Do: keluarga dapat melakukan cuci tangan dengan benar. Pukul 13.20 mengukur tanda-tanda vital. Ds: Klien mengatakan bersedia diperiksa. Do: TD: 160/103 mmHg, S: 35°C, N: 103 x/menit, RR: 20 x/menit.

Pukul 13.25 mengkaji tonus otot. Ds: pasien mengatakan tidak dapat menahan beban yang diberikan pada kaki kirinya. Do: pasien langsung meletakkan kaki kirinya saat diberi beban, kekuatan tonus otot kaki kiri 3 yaitu tidak mampu melawan tahanan. Pukul 13.30 menentukan jumlah dan jenis bantuan perawatan diri mandi. Ds: pasien mengatakan membutuhkan bantuan untuk mandi. Do: pasien sangat berhati-hati ketika akan bergerak, aktivitas klien dibantu oleh keluarga. Pukul 13.35 mengobservasi nyeri secara komprehensif. Ds: pasien mengatakan nyeri P: ketika digerakkan, Q: berdenyut, R: pangkal paha kiri, S: skala 5, T: hilang timbul. Do: pasien terlihat meringis kesakitan. Pukul 13.40 melatih nafas dalam. Ds: pasien mengatakan nyeri berkurang ketika melakukan nafas dalam. Do: pasien terlihat lebih tenang. Pukul 13.50 memberikan edukasi kepada pasien pentingnya nafas dalam. Ds: Pasien mengatakan mengerti penjelasan perawat. Do: pasien terlihat memperhatikan penjelasan perawat dengan seksama. Pukul 14.00 berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat anti nyeri. Ds: pasien mengatakan bersedia diberikan obat melalui selang infus. Do: pasien diinjeksi Fentanyl 3 cc/jam (*syring pump*) dan ketorolac 30 mg/8 jam.

Evaluasi adalah pernyataan kesimpulan yang menunjukkan tujuan dan memberikan indikator kualitas dan ketepatan perawat yang menghasilkan hasil pasien yang positif (Tucker, 2008). Hasil evaluasi tanggal 9 Februari 2017 Diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik (prosedur bedah). *subjektif*: Pasien mengatakan masih nyeri dan sedikit berkurang ketika melakukan nafas dalam P: ketika digerakkan, Q: tumpul, R: pangkal paha kiri, S: skala 4, T: hilang timbul. *Objektif*: Pasien terlihat meringis menahan nyeri. *Analisa*: Masalah belum teratasi. *Planning*: Intervensi dilanjutkan (ajarkan teknik nonfarmakologi, nafas dalam, kolaborasi pemberian analgetik, evaluasi keefektifan

kontrol nyeri). Diagnosa II, *subjektif*: pasien mengatakan tidak dapat menahan beban yang diberikan pada kaki kirinya. *Objektif*: kekuatan otot klien 3 yaitu tidak mampu melawan tahanan. *Analisa*: Masalah belum teratasi. *Planning*: Intervensi dilanjutkan (berikan alat bantu jika klien memerlukan, dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi, latih pasien dalam memenuhi kebutuhan ADLs, ajarkan pasien bagaimana mengubah posisi). Diagnosa III, *subjektif*: Pasien mengatakan membutuhkan bantuan untuk mandi. *Objektif*: Pasien membatasi gerakannya dan sangat berhati-hati ketika akan bergerak. *Analisa*: Masalah belum teratasi. *Planning*: Intervensi dilanjutkan (siapkan fasilitas mandi pasien, berikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengansumsikan perawatan diri). Diagnosa IV, *subjektif*: pasien mengatakan kedinginan. *Objektif*: Suhu 35°C. *Analisa*: Masalah belum teratasi. *Planning*: Intervensi dilanjutkan (monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, berikan perawatan kulit pada area epidema yang luka, kolaborasi pemberian antibiotik).

Jumat, 10 Februari 2017 pukul 07.00 memonitor tanda-tanda vital. Ds: Klien mengatakan bersedia diperiksa. Do: TD: 111/71 mmHg, N: 98 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,5 °C. Pukul 07.15 menyiapkan fasilitas mandi pasien. Ds: pasien mengucapkan terimakasih. Do: menyiapkan air sabin, waslap, sabun, ganti baju dan handuk. Pukul 07.30 memberikan bantuan sabin kepada pasien. Ds: pasien mengatakan badan terasa lebih segar setelah disabin. Do: pasien terlihat lebih tenang dan nyaman, badan pasien tercium wangi. Pukul 09.00 berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi antibiotik. Ds: pasien mengatakan bersedia dilakukan injeksi. Do: pasien diinjeksi Cefazolin 1g. Menurut Hossain, *et al* (2014) menyatakan bahwa antibiotik paska operasi diberikan secara rutin selama dua minggu. Pukul 09.15 melatih nafas dalam. Ds: pasien mengatakan nyeri berkurang setelah melakukan nafas dalam. Do:

pasien terlihat lebih tenang dan nyaman setelah melakukan nafas dalam. Pukul 17.00 berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi analgesik. Ds: Pasien mengatakan bersedia dilakukan injeksi. Do: pasien diinjeksi ketorolac 30 mg/8 jam. Pukul 17.15 mengevaluasi nyeri pasien. Ds: pasien mengatakan nyerinya berkurang menjadi skala 3. Do: pasien terlihat lebih tenang.

Evaluasi hari Jum'at, 10 Februari 2017 jam 21.20. Diagnosa I, *subjektif*: S: Pasien mengatakan masih nyeri P: ketika digerakkan, Q: berdenyut, R: pangkal paha kiri, S: skala 3, T: hilang timbul. *Objektif*: Pasien terlihat lebih tenang. *Analisa*: Masalah belum teratasi. *Planning*: Intervensi dilanjutkan (kaji nyeri, anjurkan nafas dalam, kolaborasi pemberian analgetik). Diagnosa II, *subjektif*: pasien mengatakan tidak adpat menahan beban yang diberikan pada kaki kirinya. *Objektif*: kekuatan otot klien 3 yaitu tidak mampu melawan tahanan. *Analisa*: Masalah belum teratasi. *Planning*: Intervensi dilanjutkan (berikan alat bantu jika klien memerlukan, dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi, latih pasien dalam memenuhi kebutuhan ADLs, ajarkan pasien bagaimana mengubah posisi). Diagnosa III, *subjektif*: Pasien mengatakan membutuhkan bantuan untuk mandi. *Objektif*: Pasien membatasi gerakannya dan sangat berhati-hati ketika akan bergerak. *Analisa*: Masalah belum teratasi. *Planning*: Intervensi dilanjutkan (siapkan fasilitas mandi pasien, berikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengansumsikan perawatan diri). Diagnosa IV, *subjektif*: pasien mengatakan kedinginan. *Objektif*: Suhu 35°C, jumlah leukosit 11.900/uL. *Analisa*: Masalah belum teratasi. *Planning*: Intervensi dilanjutkan (monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, berikan perawatan kulit pada area epidema yang luka, kolaborasi pemberian antibiotik).

Sabtu, 11 Februari 2017 pukul 07.00 memonitor tanda-tanda vital. Ds: Klien mengatakan bersedia diperiksa. Do: TD:

141/81 mmHg, N: 80 x/menit, RR: 16 x/menit, S: 36,6°C. Pukul 07.15 menyiapkan fasilitas mandi pasien. Ds: pasien mengucapkan terimakasih. Do: menyiapkan air sbin, waslap, sabun, ganti baju dan handuk. Pukul 07.30 memberikan bantuan sbin kepada pasien. Ds: pasien mengatakan badan terasa lebih segar setelah disibin. Do: pasien terlihat lebih tenang dan nyaman, badan pasien tercium wangi. Pukul 09.00 berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi antibiotik. Ds: pasien mengatakan bersedia dilakukan injeksi. Do: pasien diinjeksi Cefazolin 1g/8 jam. Pukul 09.30 melatih nafas dalam. Ds: pasien mengatakan nyeri berkurang setelah melakukan nafas dalam. Do: pasien terlihat lebih tenang dan nyaman setelah melakukan nafas dalam. Pukul 17.00 berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi analgesik. Ds: Pasien mengatakan bersedia dilakukan injeksi. Do: pasien diinjeksi ketorolac 30 mg/8 jam.

Evaluasi hari Sabtu, 11 Februari 2017 jam 09.10. Diagnosa I, *subjektif*: S: Pasien mengatakan masih nyeri P: ketika digerakkan, Q: berdenyut, R: pangkal paha kiri, S: skala 3, T: hilang timbul. *Objektif*: Pasien terlihat lebih tenang. *Analisa*: Masalah belum teratasi. *Planning*: Intervensi dilanjutkan (kaji nyeri, anjurkan nafas dalam, kolaborasi pemberian analgetik). Diagnosa II, *subjektif*: pasien mengatakan tidak dapat menahan beban yang diberikan pada kaki kirinya. *Objektif*: kekuatan otot klien 3 yaitu tidak mampu melawan tahanan. *Analisa*: Masalah belum teratasi. *Planning*: Intervensi dilanjutkan (berikan alat bantu jika klien memerlukan, dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi, latih pasien dalam memenuhi kebutuhan ADLs, ajarkan pasien bagaimana mengubah posisi). Diagnosa III, *subjektif*: Pasien mengatakan membutuhkan bantuan untuk mandi. *Objektif*: Pasien membatasi geraknya dan sangat berhati-hati ketika akan bergerak. *Analisa*: Masalah belum teratasi. *Planning*: Intervensi dilanjutkan (siapkan fasilitas mandi pasien, berikan bantuan sampai pasien

sepenuhnya dapat mengansumsikan perawatan diri). Diagnosa IV, *subjektif*: -. *Objektif*: Jumlah leukosit 13.100/uL. *Analisa*: Masalah belum teratasi. *Planning*: Intervensi dilanjutkan (monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, berikan perawatan kulit pada area epidema yang luka, kolaborasi pemberian antibiotik).

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap yang penting untuk dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai bagi individu, maka dari itu pengkajian harus akurat, lengkap, dan sesuai fakta. Anamnesis meliputi identitas pasien, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium (Muttaqin, 2008). Pada pengkajian didapatkan data bahwa pasien mengatakan nyeri pada bagian paha kiri bekas operasi. Fiksasi dilaksanakan dalam rangka memperbaiki fungsi dengan mengembalikan gerakan, stabilitas, disabilitas dan mengurangi nyeri (Burrner & Suddarth, 2008).

3.2.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan klinis tentang respon individu, keluarga dan masyarakat terhadap masalah kesehatan baik aktual maupun potensial (Monica, 2015). Teori mengenai masalah keperawatan yang timbul pada Ny. S sesuai dengan masalah keperawatan yang terjadi di lapangan. Menurut teori, masalah nyeri berhubungan dengan agens cedera fisik (misal: abses, amputasi, luka bakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur bedah, trauma, olahraga berlebihan), hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (proses pembedahan),

dan defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (Wiley & Inc, 2016).

3.2.3 Intervensi

Intervensi keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang ditentukan dengan maksud agar kebutuhan klien terpenuhi secara optimal (Nursalam & Efendi, 2008). Tahap perencanaan keperawatan ada 4 yaitu: dengan menentukan prioritas masalah, menentukan tujuan, menentukan kriteria hasil, dan merumuskan intervensi. Menentukan kriteria hasil perlu memperhatikan hal-hal seperti yang bersifat spesifik, realistik, dapat diukur, dan berpusat pada pasien, setelah itu penulis perlu merumuskan rencana keperawatan (Tucker, 2008). Intervensi keperawatan harus memperhatikan beberapa kriteria yang terkait dengan rumusan intervensi keperawatan. Tujuan intervensi dari diagnosa keperawatan disamping sebagai berikut : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat kenyamanan klien meningkat dengan kriteria hasil, klien melaporkan mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), klien melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, klien mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri), klien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

3.2.4 Implementasi dan Evaluasi

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008). Kemampuan yang harus dimiliki perawat adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan

teknik psikomotor, kemampuan melakukan kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi (Asmadi, 2008). Implementasi yang dilakukan penulis yaitu mengajarkan teknik nafas dalam. Pada intervensi keperawatan nyeri akut tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat kenyamanan klien meningkat dan tingkat nyeri terkontrol. Hasil dari perlakuan tindakan nafas dalam selama 3x24 jam yaitu sebelum dilakukan asuhan keperawatan skala nyeri pasien 5, setelah dilakukan asuhan keperawatan hari pertama skala nyeri pasien berubah menjadi skala 4, setelah dilakukan asuhan keperawatan hari ke dua skala nyeri pasien menjadi skala 3, dan di hari ketiga skala nyeri sama yaitu skala 3. Relaksasi nafas dalam mampu menciptakan sensasi melepaskan ketidaknyamanan dan stres. Klien dapat merelaksasi otot tanpa harus terlebih dahulu menegangkan otot-otot tersebut. Saat mencapai relaksasi penuh, maka persepsi nyeri berkurang dan rasa cemas terhadap pengalaman nyeri menjadi minimal (Hapsari & Tri, 2013).

4. PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Hasil pengkajian di dapatkan diagnosa pada Ny. S yaitu nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik (prosedur bedah), hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif: proses pembedahan. Intervensi keperawatan yang tidak dapat dilakukan oleh penulis memberikan alat bantu jika klien memerlukan, melatih pasien dalam memenuhi kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan, memberikan perawatan kulit pada area edipema, dan

menginspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase. Implementasi modifikasi penulis yang tidak ada dalam intervensi yaitu mengukur tanda-tanda vital, kolaborasi pemberian tranfusi darah 1 PRC. Evaluasi masalah nyeri akut, hambatan mobilitas di tempat tidur, defisit perawatan diri: mandi, dan resiko infeksi belum teratasi dan intervensi harus dilanjutkan. Analisis mengajarkan nafas dalam pada Ny. S dengan *post ORIF subtrochanter femur sinistra* yaitu terbukti mampu menurunkan skala nyeri klien, terbukti pada hari terakhir skala nyeri klien menurun dari 5 menjadi 3.

4.2 Saran

Berdasarkan hasil pembahasan dan kesimpulan, maka penulis memberikan saran – saran sebagai berikut :1. Bagi rumah sakit: Diharapkan nafas dalam dapat sebagai masukan dalam tindakan keperawatan mandiri untuk menangani nyeri pada pasien dengan diagnosa *post ORIF* sehingga dapat mengurangi komplikasi lebih lanjut. Untuk meminimalkan keluhan nyeri dapat dilakukan baik secara farmakologi maupun nonfarmakologi. 2. Bagi klien dan keluarga: Diharapkan klien dan keluarga dapat menambah pengetahuan dan ikut serta secara aktif dalam upaya penurunan nyeri dengan pendekatan nonfarmakologi untuk meningkatkan kenyamanan pasien, sehingga saat klien mengalami nyeri klien dan keluarga mengetahui cara yang dapat dilakukan untuk menurunkan intensitas nyeri. 3. Bagi peneliti lain: Diharapkan hasil karya ilmiah ini sebagai referensi serta acuan untuk dapat dikembangkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien *post ORIF* secara nonfarmakologi.

PERSANTUNAN

Penulis sangat menyadari bahwa dalam Publikasi Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Terwujudnya Publikasi Ilmiah ini tidak terlepas dari bimbingan dan arahan pembimbing dan bantuan dari berbagai pihak. Dan dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karuniaNya atas waktu, dan terutama kesehatan, serta segala kemudahan sehingga dapat mengerjakan Publikasi Ilmiah ini dengan lancar.
2. Prof. Dr. Bambang Setiaji, MS, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Surakarta.
3. Dr. Suwaji, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
4. Okti Sri P., S.Kep.,M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.M.B, selaku Ketua Program Studi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
5. Arina Maliya., S.Kep.,Ns.,M.Si.,Med, selaku Sekretaris Program Studi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
6. Dewi Suryandari., S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku pembimbing yang telah memberikan petunjuk, bimbingan serta pengarahan sehingga Publikasi Ilmiah ini dapat terselesaikan.
7. Segenap Dosen Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta yang telah memberikan Ilmu dan Pengalamannya.
8. Terkhusus kepada Kedua Orang Tua Saya, Adik, dan Seluruh Keluarga Besar yang telah memberikan kasih sayang yang tulus dan ikhlas, memberikan motivasi, doa dan pengorbanan materi maupun non materi selama penulis dalam proses pendidikan sampai selesai.
9. Teman – teman DIII Keperawatan angkatan 2014 yang saya bangga dan cinta.
10. Semua pihak yang telah membantu yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Balogh, Z. J. *et al.* (2012). Advances and future directions for management of trauma patients with musculoskeletal injuries. *The Lancet*. Vol. 380, no. 9847, hh: 1109–1119.
- Bharata, E. W. (2013). *Penatalaksanaan Fisioterapi Dengan Terapi Latihan Pada Fraktur Subtrochanter Femur*.
- Burrner & Suddarth. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Creech, S. K. *et al.* (2011). Written Emotional Disclosure of Trauma and Trauma History Alter Pain Sensitivity. *The Journal of Pain*. Vol. 12, no. 7, hh: 80–810.
- Davies, K. (2007). *Nyeri Tulang dan Otot*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Esteve, R. *et al.* (2017). Activity Pattern Profiles: Relationship With Affect, Daily Functioning, Impairment, and Variables Related to Life Goals. *Journal Pain*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2016.12.013>
- Grace, P. A., & Neil, R. B. (2008). *Ilmu Bedah: edisi tiga*. Jakarta: EMS.
- Hapsari, R. W., & Tri, A. (2013). Efektivitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Metode Pemberian Cokelat Terhadap Penurunan Intensitas Dismenore pada Remaja Putri di SMK Swagaya 2 Purwokerto. *Jurnal Involusi Kebidanan*. Vol. 3, no. 5.
- Wiley, J. & Inc, S. (2016). *NANDA International Inc. Nursing Diagnoses: Definitions & Classifications 2015-2017 10th Edition*. Jakarta: EGC.
- Kemenkes RI. (2011). *Pedoman Interpretasi Data Klinik*.
- Monica. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klarifikasi 2015-2017*. Jakarta. EGC.
- Muttaqin, A. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- . (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2013). *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta: Mediacion Publishing.
- Nursalam & Efendi, F. (2008). *Pendidikan dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Patel, R. *et al.* (2017). Subtrochanter Femur Fracture Treated with extramedullary or Intramedullary Fixation at Tertiary Care Centre. *International Journal of medical Science and Public health*. Vol. 6, no. 2.
- Qomariyah, S. I. N., & Maharani, D. P. (2016). Asuhan Keperawatan Pada Sdr “E” dengan Nyeri Akut pada Closed Fraktur Shaft shaft femur dextra 1/3 proksimal (Laporan Kasus diruang Asoka RSUD Jombang). *Jurnal keperawatan*. Vol. 11, no. 1.
- Sulistyaningsih, N. K., & Aryana, I. G. N. W. (2013). Karakteristik Fraktur Femur Proksimal Pada Geriatri Di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah.
- Tucker, S. M. (2008). *Standart Perawatan Pasien (Proses Diagnosis dan Evaluasi) Edisi 5 Volume 4*. Jakarta: EGC.